کیافر، مریم سادات؛ امین یزدی، سید امیر؛ کارشکی، حسین (۱۳۹۳). اثربخشی بازی‌درمانی خانواده محور بر تعامل مادر- فرزند و میزان پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۴ (۲)،۱۸-۴.

اثربخشی بازی‌درمانی خانواده محور بر تعامل مادر- فرزند و میزان پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی

مریم سادات کیافر[1]، سید امیر امین یزدی[2]، حسین کارشکی[3]

دریافت: ۱۳۹۲/۹/۲۳ پذیرش:۱۳۹۳/۸/۱۴

چکیده

با توجه به این موضوع که نوع رابطه والد- فرزند نقش بسزایی در رشد یا اختلال کودک دارد. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر خانواده بر بهبود رابطه مادر- فرزند و کاهش پرخاشگری انجام شد. در یک طرح شبه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل، ۲۷ کودک با نشانه‌های پرخاشگری با نمونه‌گیری هدفمند در دو گروه آزمایش (۱۰) و گروه کنترل (۱۷) قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش مداخلات مبتنی بر رویکرد رشد یکپارچه انسان و گروه کنترل مداخله نما (ایمنی در خیابان) را دریافت کرد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه رابطه مادر- فرزند و پرسشنامه پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تجزیه‌وتحلیل شدند. نتایج نشان داد مداخلات رابطه مثبت کلی مادر- فرزند را به‌طور معناداری افزایش و خرده مقیاس‌های تعارض و وابستگی را به‌طور معناداری کاهش داد اما در خرده مقیاس نزدیکی افزایش معناداری حاصل نشد همچنین پرخاشگری به‌طور معناداری کاهش یافت. مداخلات توانست رابطه مادر- فرزند را بهبود بخشیده و پرخاشگری را کاهش دهد. این امر لزوم طراحی یک مداخله جامع و در ارتباط با انواع چالش‌های رشدی دوران کودکی را آشکار می‌سازد.

واژه های کلیدی: *فلورتایم، رابطه والد- فرزند، پرخاشگری، کودکان، تحول، تفاوت‌های فردی، ارتباط*

۱. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد kiafar110@gmail.com

۲. دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

۳. دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

مقدمه

سلامت روان افراد در بزرگسالی تا حد زیادی به میزان و کیفیت تعاملات دوران کودکی آن‌ها بستگی دارد. خانواده اولین منبع حمایت از کودکان برای بهداشت روان است. اینکه فرد در جریان رشد، تعامل مناسبی با والدین و همسالان داشته باشد و هیجانات مثبتی را تجربه کرده باشد در سلامت روان و درنتیجه در تعاملات اجتماعی، یادگیری و غیره شرایط مطلوب‌تری خواهد داشت(Jannesar, 2011). چالش در تعامل والد- فرزند رشد کودک را در معرض خطر قرار می‌دهد (Laing, Ungerer, Taylor et al, 2010). طرد، نبود محبت، نمایش عاطفی سطحی، خصومت و غیره بر روی کودکان تأثیر می‌گذارد و آن‌ها را مستعد بروز مشکلات هیجانی رفتاری می‌نماید (Mantyamaa, Puura, Luoma, et al, 2004).

یکی از این مشکلات هیجانی- رفتاری که خانواده‌ها و مربیان مهدهای کودک با آن روبه‌رو هستند پرخاشگری است. در چند دهه گذشته پرخاشگری کودکان یکی از گسترده‌ترین موضوعات مطالعاتی در رشد کودک و از دلایل مهم ارجاع به مراکز مشاوره است (Doh, 2012). پرخاشگری را می‌توان به‌عنوان رفتاری تعریف کرد که منجر به آسیب و صدمه زدن به دیگران می‌شود. یکی از انواع پرخاشگری که در اوایل سال‌های پیش‌دبستانی پدیدار می‌شود پرخاشگری خصمانه است که شامل دو حالت پرخاشگری آشکار و رابطه‌ای است (Rajab-Pour, Makvand- Housseini & Rafie- Nia, 2012). پرخاشگری آشکار شامل آسیب یا تهدید به آسیب رساندن فیزیکی به شخص دیگر مثل لگد زدن، هل دادن، گاز گرفتن، مشت زدن، ضربه زدن و غیره است (Ostrov & Bishop, 2008). پرخاشگری رابطه‌ای با هدف آسیب به روابط انجام می‌گیرد و می‌تواند به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم باشد. به‌طور مثال در پرخاشگری رابطه‌ای مستقیم کودک دوستش را به قطع رابطه تهدید می‌کند با این هدف که در موقعیت اجتماعی خواسته او را قبول و از او اطاعت و پیروی کند و پرخاشگری رابطه‌ای غیرمستقیم مانند گسترش شایعات مغرضانه در مورد رقیب می‌باشد (Risser, 2013).

تاکنون پژوهش‌های مختلفی در داخل و خارج برای کاهش مشکل پرخاشگری کودکان مورد استفاده قرارگرفته است مانند استفاده ازهنر نقاشی (Nezadi Kashani, Mirzamani, Davarmanesh et al, 2010)، آموزش هوش هیجانی (Kimiae, Raftar & Soltanifar, 2011)، آموزش مهارت‌های اجتماعی (Nangle, Erdley, Carpenter & et al, 2002 & Kim, Doh, Hong & et al, 2011) اما اکثر تحقیقات درمان انفرادی کودک را مدنظر قرار داده‌اند. این پژوهش قصد دارد با بهره‌گیری از رویکرد

تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط[۱] نگاهی جامع به چالش‌های رشدی کودک داشته باشد. این رویکرد توسط گرینسپن و وایدر در سال ۱۹۹۷ مطرح شد که شامل سه جزء است، D[۲] به معنای تحول است و به وجود مراحلی برای رشد روانشناختی انسان اشاره دارد که خود شامل شش مرحله می‌باشد (تنظیم و توجه، جذب شدن به انسان‌ها، حل مسئله‌ی اجتماعی، شکل‌گیری ایده‌ها و پل زدن بین ایده‌ها و ایجاد تفکر منطقی)، I[۳] به تفاوت‌های فردی اشاره دارد. تفاوت در پردازش حسی و طرح‌ریزی حرکتی و سازمان‌دهی باعث عملکرد متفاوت کودکان در تعامل با دیگران و محیط می‌شود. R[۴] به نقش ارتباط در تحول انسان اشاره دارد. چگونگی روابط کودک با مراقبان و کیفیت تعاملات عاطفی و اجتماعی با دیگران که تحت تأثیر ویژگی‌های زیستی و سبک تعامل و تربیت والدین می‌باشد، تعیین‌کننده نهایی چگونگی تحول روانشناختی کودک می‌باشد (Amin yazdi, 2012). این رویکرد در هرکدام از سه جزء اصلی مطرح‌شده دیدگاهی جامع نسبت به پرخاشگری دارد. در حیطه تفاوت‌های فردی این رویکرد معتقد است که کودکان پرخاشگر در پردازش حسی[۵] (Klein, Laish-Mishali & Jaegermann, 2007) تعدیل حسی[۶] شامل بیش واکنشی[۷] یا کم واکنشی[۸] در هرکدام از مسیرهای حسی (Amin yazdi, 2012) حس جویی[۹] (Greenspan & Wieder, 2000) (Jannesar, 2011) دارای مشکلاتی هستند. همچنین این کودکان در تنظیم خلق، جذب و صمیمیت با انسان‌ها، حل مسئله، شکل‌گیری ایده‌های هیجانی مثبت و ارتباط بین ایده‌ها به‌منظور ایجاد تفکر منطقی با چالش‌هایی روبه‌رو هستند (Greenspan, 2007).

در نهایت باید عنوان کرد که گرینسپن نظریه‌پرداز رویکرد رشد یکپارچه انسان معتقد است که این کودکان در مسائل ارتباطی نیز مشکلاتی دارند. به همین دلیل در ارتباط دوطرفه به تمرین و مهارت بیشتری نیاز دارند و به‌طور ویژه نیازمند لذت مشترک، توجه مشترک، صمیمیت و حلقه‌های ارتباطی در بازی و دیگر تعاملات لذت‌بخش هستند (Greenspan & Wieder, 2006). درنتیجه می‌توان عنوان کرد که مجموع عوامل زیستی و ارتباطی می‌تواند تأثیرات مستقیمی بر رفتارهای پرخاشگرانه کودکان داشته باشد (Salahshor, 1999). این رویکرد با توجه به مبانی نظری خود برای هموار کردن چالش‌های رشدی و

1. Developmental, Individual diference, Relationship
2. Development
3. Individual difference
4. Relation
5. Sensory processing
6. Sensory modulation
7. Over sensitive
8. Under sensitive
9. Sensory seeker

کمک به مراقب برای ایجاد روابط هیجانی سالم با کودک طرح درمانی با عنوان فلورتایم[1] دارد. فلورتایم شامل برنامه جامعی برای نوزادان، کودکان و خانواده‌هایشان با مسائل و چالش‌های رشدی گوناگون است. همچنین یک دوره بدون ساختار، بازی و گفت‌وگوی خودجوش است که در آن بزرگسال میل و علاقه کودک را دنبال می‌کند و با کودک جهان مشترکی را شکل می‌دهد فرایند فعال تعامل رفت و برگشتی متناسب با سطح تحولی کودک است و هدف از آن نیرومند کردن هریک از ظرفیت‌های تحولی و عملکردی کودک است که بر روی هم توانایی‌های سطح بالاتر را پی‌ریزی می‌کنند (Greenspan & Wieder, 2006, Greenspan, 2003). والدین به‌عنوان عوامل درمانی در جلسات درمان می‌آموزند که چگونه تعاملات رفت و برگشتی با کودک خود داشته باشند تا به رشد فیزیکی، رشد زبان، رشد هیجانی اجتماعی، رشد ریاضی و...نوزادان و کودکان خود کمک کنند (Floor Time Activities for Infants, 2010). در حقیقت این رویکرد برخلاف بسیاری از تحقیقات به‌جای درمان انفرادی بافت واقعی زندگی کودک را هدف قرار می‌دهد و برخلاف بسیاری از تحقیقات علاوه بر مسائل ارتباطی والد فرزند، تفاوت‌های زیستی و مراحل رشد او را نیز مدنظر قرار می‌دهد درنتیجه به رویکرد رشد یکپارچه انسان ملقب شده است. از این رویکرد درگذشته بیشتر در ارتباط با اتیسم بهره‌گرفته‌شده است (Greenspan & Wieder, 1997 and Statewide, 2009 and Solomon et al, 2007 and Dionne.& Martini, 2011).

ازآنجایی‌که این رویکرد در پژوهش‌های قبلی بیشتر متمرکز بر کودکان اتیسم بوده، این پژوهش قصد دارد میزان اثربخشی رویکرد تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط/ بازی‌درمانی خانواده محور را در ارتباط با بهبود تعامل مادر- فرزند و کاهش پرخاشگری کودکان موردبررسی قرار دهد.

آیا مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط/ بازی‌درمانی خانواده محور می‌تواند تعامل مادر- فرزند را بهبود داده و از میزان پرخاشگری کودکان بکاهد؟

روش

طرح پژوهش

با توجه به اینکه هدف این تحقیق، تعیین میزان اثربخشی آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر خانواده بر بهبود رابطه مادر- فرزند و کاهش پرخاشگری بود، لذا از روش تحقیق شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. در این طرح، گروه آزمایشی که شامل ۱۰ والد- فرزند است که نه جلسه آموزش‌های لازم را متناسب با رویکرد تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط را دریافت می‌کنند

1. Floortime

با گروه کنترل که چهار جلسه مداخله نما (کتاب داستان با محتوای خیابان و ایمنی آن شامل پل عابر پیاده، خط‌کشی عابر پیاده، چراغ راهنمایی، استفاده از کلاه و کمربند ایمنی) را دریافت می‌کنند، مورد مقایسه قرار گرفتند.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه پژوهش حاضر را کلیه کودکان منطقه متوسط شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ تشکیل دادند. نمونه‌گیری پژوهش حاضر از نوع هدفمند است. در این نوع نمونه‌گیری محقق سعی می‌کند با استفاده از تلاش سنجیده نمونه‌ای انتخاب کند که در حد امکان معرف جامعه موردمطالعه باشد. بدین‌صورت که ابتدا مقیاس پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی به خانواده‌ها داده شد و بعد از نمره‌گذاری کودکانی که بیشترین نمره را در مقیاس پرخاشگری به دست آوردند به‌عنوان کودکان پرخاشگر تلقی شدند و به‌صورت تصادفی ۱۰ مادر- فرزند در گروه آزمایش و ۱۷ کودک در گروه کنترل قرار گرفتند؛ و سپس پرسشنامه رابطه والد- فرزند جهت تکمیل کار به مادران این دو گروه داده شد.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی

ابزار مورداستفاده برای سنجش پرخاشگری مقیاس پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی است که توسط (Vahedi, Fathiazar, Hosseini-Nasab et al, 2008) تهیه شده است. این مقیاس شامل ۴۳ سؤال با رتبه‌بندی لیکرت ۵ گزینه‌ای (اصلاً، به‌ندرت، یک‌بار در هفته، اغلب روزها) است که برای ارزیابی پرخاشگری کلامی- تهاجمی، فیزیکی تهاجمی، رابطه‌ای و خشم تکانشی کودکان پیش‌دبستانی طراحی شده است. نمره این مقیاس می‌تواند بین ۰ تا ۱۶۸ باشد که نمره بالا نشان‌دهنده میزان بالای پرخاشگری است. کودکان دختر با نمره‌ی بالاتر از ۱۱۷ و کودکان پسر با نمره‌ی بالاتر از ۱۲۵ پرخاشگر شناخته می‌شوند. ضریب روایی سازه به روش تحلیل عاملی (KMO= 0/95) می‌باشد که بسیار رضایت‌بخش است. همچنین جهت محاسبه روایی هم‌زمان از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد که برابر با ۰/۶۱ و در سطح ۰/۰۱ معنادار است. ضریب پایایی آلفای کرونباخ در کل مقیاس ۰/۹۸ گزارش شده است. ضریب پایایی برای هر خرده مقیاس کلامی- تهاجمی سؤالات ۱ تا ۱۴ ۰/۹۳، فیزیکی- تهاجمی سؤالات ۱۵- ۲۷ ۰/۹۲، رابطه‌ای سؤالات ۲۸ تا ۳۶ ۰/۹۴ و خشم تکانشی سؤالات ۳۶ تا ۴۳ ۰/۸۸ می‌باشد.

پرسش‌نامه رابطه مادر- فرزند

برای بررسی رابطه مادر- فرزند از مقیاس رابطه والد- فرزند که بر روی مادر اجرا می‌شود استفاده شد. این مقیاس توسط پیانتا (Pianta) برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ ساخته شد و شامل ۳۳ سؤال است که ادراک والدین را در مورد رابطه خود با فرزند می‌سنجد. این مقیاس دارای حوزه‌های نزدیکی، وابستگی، تعارض و رابطه مثبت کلی مادر فرزند می‌باشد. یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۵ کاملاً موافقم تا ۱ کاملاً مخالفم را در برمی‌گیرد. رابطه مثبت کلی که همان نمره کل است از مجموع نمرات حوزه نزدیکی و معکوس نمرات حوزه تعارض و وابستگی به دست می‌آید. روایی محتوایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط(Abareshi, Tahmasian & Mazaheri, 2010) به‌دست‌آمده است. این مقیاس شامل حوزه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی می‌باشد که هرکدام به ترتیب با آلفای کرونباخ ۰/۸۳، ۰/۶۹، ۰/۴۶ و ۰/۸۴ منطبق هستند. پایایی این حوزه‌ها در مطالعه ابارشی و همکاران نیز به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۷۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۶ گزارش شد. به دلیل این‌که نمونه موردمطالعه ابارشی و همکاران مادران کودکان ۰ تا ۳ ساله بودند برخی از سؤالات پرسش‌نامه حذف گردید و از ۳۳ سؤال به ۲۴ سؤال تقلیل یافت. به همین دلیل در پژوهش مفرد، روایی و پایایی مقیاس ۳۳ آیتمی آن مورد محاسبه قرار گرفت و برای احراز روایی و پایایی این مقیاس از روایی سازه به شیوه تحلیل عاملی تأییدی و آلفای کرونباخ استفاده شد و مدل برازش لازم را داشت. همچنین آلفای کرونباخ در حوزه نزدیکی برابر با ۰/۷۴، در حوزه وابستگی ۰/۵۰، در حوزه تعارض ۰/۸۷ می‌باشد (Mofrad, 2011).

روش اجرای پژوهش

بعد از غربال کودکان پرخاشگر، پرسش‌نامه رابطه مادر- فرزند به مادران این دو گروه داده شد. سپس ۱۰ مادر- فرزند هفته‌ای یک‌بار به مدت ۹ جلسه در محیط مهدکودک آموزش‌های مرتبط با رویکرد تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط را دریافت می‌کردند. این آموزش‌ها شامل آشنایی مادران با تفاوت‌های فردی کودک و سپس کشف آن‌ها در کودک خودشان بود. مادران نحوه ارتباط مناسب با ویژگی‌های کودک خود را دریافت کردند. به‌طور مثال اگر کودکی بیش واکنشی حسی در لامسه است یعنی لمسی که برای کودکان دیگر لذت‌بخش است برای این کودک آزاردهنده است مادر باید تحریک بهینه را برای کودک فراهم نماید تا ارتباط والد- فرزند دچار سردی و چالش نگردد. در مرحله بعد مراحل رشد هیجانی کارکردی مطابق با رویکرد گرینسپن برای والدین توضیح داده شد و مهارتی که در هر مرحله کودک باید به دست آورد عنوان شد و جهت فهم بهتر و کاربردی شدن آن

تکالیفی داده می‌شد و نتایج مورد بررسی قرار می‌گرفت و سپس کار پژوهش به‌طور اختصاصی وارد رویکرد درمانی این حیطه یعنی بازی‌درمانی مبتنی بر خانواده/ فلورتایم گشت. ابتدا درباره شرایط یک بازی‌درمانی خوب که شامل توجه به زمان، محیط فیزیکی بازی، لذت بردی حین بازی و... است، توضیحاتی داده شد. بازی مادر- فرزند مورد مشاهده مستقیم قرار می‌گرفت و بازخوردهای لازم جهت اصلاح رابطه داده می‌شد. در مورد حلقه‌های ارتباطی رفت و برگشتی، طولانی کردن آن و صحبت از افکار، نیات، احساسات و اهداف شخصیت‌های بازی، آگاهی هیجانی و گسترش استدلال در جریان بازی توضیحات لازم داده می‌شد و در ارتباطات و بازی والد- فرزند مورد مشاهده مستقیم و اصلاح قرار می‌گرفت. پس از اجرای برنامه‌های آموزشی از والدین هر دو گروه خواسته شد که پرسش‌نامه پرخاشگری و رابطه مادر- فرزند را دوباره کامل کنند.

برنامه مداخله بازی‌درمانی خانواده محور	
شماره جلسه	فعالیت آموزش داده‌شده
اول	آشنایی؛ اعتمادسازی، بیان اهمیت دوران کودکی
دوم	بیان تفاوت‌های فردی و کشف آن از سوی والد در کودک خودش
سوم و چهارم	بیان مراحل رشد کودک (۶ مرحله مطابق با رویکرد گرینسپن)
پنجم	بیان شرایط بازی مثل مکان، زمان محیط فیزیکی و اهمیت دنبال کردن میل کودک و تأکید بر توجه و تأکید بر عمل در بازی روزانه با کودک.
ششم	مشاهده بازی مادر کودک و بیان مطالبی پیرامون حلقه‌های ارتباطی و طولانی کردن آن.
هفتم	مشاهده بازی مادر کودک و دادن بازخوردهای لازم مطابق با مباحث مطرح‌شده در جلسات گذشته، بیان مطالبی پیرامون آگاهی و بیان هیجانی و گسترش استدلال و کلام در خلال بازی
هشتم و نهم	مشاهده بازی مادر کودک، بحث پیرامون همدلی و خلاصه و مرور کل جلسات

نتایج

داده‌های بدست آمده از موقعیت‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه‌ی ۲۰ و روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. یافته‌های مربوط به میانگین و انحراف معیار حاصل‌شده از ۲۷ آزمودنی به شرح زیر است.

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون رابطه مادر- فرزند

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		اختلاف پیش و پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	d	p
نزدیکی	آزمایش	۳۷,۱۰	۵,۰۲۱	۳۸,۷۰	۶,۱۲۹	-۱,۶	۰,۲۹
	کنترل	۳۸,۴۱	۵,۳۶۳	۳۷,۴۷	۵,۶۵۸	۰,۸۵۱	۰,۴۷
وابستگی	آزمایش	۲۲,۱۰	۲,۸۰۷	۱۸,۶۰	۲,۲۸۳	-۳,۵	۰,۰۰۲
	کنترل	۲۳,۳۵	۴,۰۷۶	۲۳,۱۲	۳,۷۷۳	۰,۳۶۵	۰,۷۲
تعارض	آزمایش	۶۲,۸۰	۱۱,۹۱۵	۴۸,۵۰	۹,۴۱۹	۱۴,۳	۰,۰۰۱
	کنترل	۶۱,۷۶	۸,۲۱۲	۶۲,۱۲	۷,۵۵۷	-۰,۳۳۵	۰,۷۴
رابطه مثبت کلی	آزمایش	۹۵,۹۰	۱۷,۵۲۱	۱۱۳,۵۰	۱۲,۴۶۶	-۱۷,۶	۰,۰۰۲
	کنترل	۹۷,۳۵	۱۲,۱۹۶	۹۷,۳۵	۱۲,۵۷۰	۰,۰۰۰	۱,۰۰۰

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار دو گروه بازی‌درمانی مبتنی بر خانواده و کنترل در چهار بعد نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی گزارش شده است. در طول زمان (اختلاف پیش‌آزمون و پس‌آزمون) به غیر از بعد نزدیکی، کاهش تعارض و وابستگی و بهبود رابطه مثبت کلی برای گروه آزمایش معنادار می‌باشد ($p < ۰,۰۱$)؛ اما در گروه کنترل هیچ‌کدام از تفاوت‌ها معنادار نمی‌باشد ($p < ۰,۰۵$).

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرخاشگری

	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		اختلاف پیش و پس‌آزمون	
گروه‌ها	تعداد	میانگین	std	میانگین	std	d	p
آزمایش	۱۰	۶۶,۶۰	۱۰,۴۹	۳۰,۲۰	۱۲,۴۷	۳۶,۴۰	۰,۰۰۰
کنترل	۱۷	۶۲,۸۶	۱۱,۲۱	۶۰,۳۵	۱۶,۵۴	۲,۵۱	۰,۴۷۶

همان‌طور که تحلیل‌ها نشان می‌دهد پرخاشگری گروه آزمایش **۳۶,۴۰** نمره کاهش داشته درصورتی‌که گروه کنترل تنها **۲,۵۱** نمره کاهش پرخاشگری داشته است. کاهش پرخاشگری در گروه آزمایش در طول زمان معنادار می‌باشد ($p < ۰,۰۰۱$)؛ اما در گروه کنترل تفاوت معنادار نمی‌باشد ($p < ۰,۰۵$).

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش‌آزمون برای متغیر رابطه مادر- فرزند در دو گروه[۱]

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p-value	η^2	توان آماری
نزدیکی	پیش‌آزمون	۱۹,۵۷۸	۱	۱۹,۵۷۸	۱,۰۴۲	۰,۳۱	۰,۰۴	۰,۱۶
	گروه	۳۶,۵۴۴	۱	۳۶,۵۴۴	۱,۹۴۴	۰,۱۷	۰,۰۸	۰,۲۶
	خطا	۳۹۴,۸۳۶	۲۱	۱۸,۸۰۲				
	کل	۳۹۶۹۶	۲۷					
وابستگی	پیش‌آزمون	۶,۸۶۲	۱	۶,۸۶۲	۱,۰۹	۰,۳۰	۰,۰۵	۰,۱۷
	گروه	۷۴,۱۰۱	۱	۷۴,۱۰۱	۱۱,۸۱۹	۰,۰۰۲	۰,۳۶	۰,۹۰
	خطا	۱۳۱,۶۵۹	۲۱	۶,۲۶۹				
	کل	۱۲۸۴۵	۲۷					
تعارض	پیش‌آزمون	۲۸,۵۸۲	۱	۲۸,۵۸۲	۰,۵۲۷	۰,۴۷	۰,۰۲	۰,۱۰
	گروه	۱۳۳۷,۵۴۸	۱	۱۳۳۷,۵۴۸	۲۴,۶۷۹	۰,۰۰۰	۰,۵۴	۰,۹۹
	خطا	۱۱۳۸,۱۶۹	۲۱	۵۴,۱۹۹				
	کل	۹۱۱۴۶	۲۷					
	پیش‌آزمون	۳,۲۶۷	۱	۳,۲۶۷	۰,۰۲	۰,۸۶	۰,۰۰۱	۰,۰۵
رابطه مثبت کلی	گروه	۱۹۷۷,۸۰۰	۱	۱۹۷۷,۸۰۰	۱۷,۳۶۴	۰,۰۰۰	۰,۴۵	۰,۹۷
	خطا	۲۳۹۱,۹۴۵	۲۱	۱۱۳,۹۰۲				
	کل	۲۹۳۸۶۸	۲۷					

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج به‌دست‌آمده از مقایسه پس‌آزمون رابطه مادر- فرزند در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات آموزش، بین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌غیر از خرده مقیاس نزدیکی تفاوت معناداری وجود دارد؛ که با مراجعه به جدول میانگین‌ها (۱) می‌توان به اثربخشی آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر خانواده پی برد.

۱. لازم به ذکر است که بعد از حذف تصادفی ۷ نفر از گروه کنترل به منظور مساوی شدن تعداد افراد باز هم نتایج با تعداد نابرابر افراد در معناداری آیتم ها یکسان بود

نزدیکی ($F_{(1,18)}=۱,۲۲۵, p=۰,۲۸, \text{partial } \eta^2=۰,۰۸$)

وابستگی ($F_{(1,18)}=۹,۲۱۹ , p=۰,۰۰۹, \text{partial } \eta^2=۰,۳۹$)

تعارض ($F_{(1,18)}=۱۷,۹۸۵, p=۰,۰۰۱, \text{partial } \eta^2=۰,۵۶$)

رابطه مثبت کلی ($F_{(1,18)}=۱۱,۹۴۵, p=۰,۰۰۴, \text{partial } \eta^2=۰,۴۶$)

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش‌آزمون برای متغیر پرخاشگری در دو گروه[1]

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p-value	η^2	توان آماری
پیش‌آزمون	۲۰۵۷٫۸۶۲	۱	۲۰۵۷٫۸۶۲	۱۳٫۲۷۱	۰٫۰۰۱	۰٫۳۵	۰٫۹۳
گروه	۶۷۷۰٫۷۱۶	۱	۶۷۷۰٫۷۱۶	۴۳٫۶۶۳	۰٫۰۰۰	۰٫۶۴	۱٫۰۰
خطا	۳۷۲۱٫۶۲۰	۲۴	۱۵۵٫۰۶۸				
کل	۷۶۸۲۲	۲۷					

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نتایج به‌دست‌آمده از مقایسه پس‌آزمون پرخاشگری در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات آموزش، نمرات کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشته است (η^2 =۰٫۶۴, ۰/۰۰۱>p، ۴۳٫۶۶۳= $F_{(1,24)}$) که با مراجعه به جدول میانگین‌ها (۲) می‌توان به اثربخشی آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر خانواده پی برد.

بحث

پژوهش حاضر به‌منظور بررسی اثربخشی مداخله بازی‌درمانی خانواده محور بر بهبود تعامل مادر– فرزند و کاهش پرخاشگری کودکان انجام گردید. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که رابطه مثبت کلی مادر– فرزند در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری پیدا کرد. نتایج این تحقیق با یافته‌های (Topham, Wampler, Titus & Rolling, 2011 & Vanfleet, 2012) همخوان است و با یافته‌های (Abareshi, Tahmasian & Mazaheri , 2010 & Madani, 2011) هم‌خوان نمی‌باشد. وان فیلت[2] (۲۰۰۵) با انجام فیلیال تراپی (بازی‌درمانی با محوریت کودک)، بهبود رابطه والد– فرزند، افزایش پذیرش و مهارت‌های والدینی و کاهش استرس‌های والدینی را مشاهده کردند (Vanfleet, 2012).

همچنین محققان در یک مطالعه مقدماتی با ۲۷ خانواده دریافتند که والدین در ابتدا سطح بالاتری از استرس و تنظیم هیجانی ضعیف‌تر داشتند اما بعد از فیلیال تراپی پذیرش والدینی افزایش و مشکلات رفتاری کودکان کاهش یافت (Topham, Wampler, Titus & Rolling, 2011).

---

۱. لازم به ذکر است که بعد از حذف تصادفی ۷ نفر از گروه کنترل به منظور مساوی شدن تعداد افراد متغیر پرخاشگری نیز مانند رابطه مادر– فرزند در معناداری تفاوتی ایجاد نکرد.
پرخاشگری ($F_{(1,18)}$=۲۰٫۹۹۸, p<۰٫۰۰1, partial η۲=۰٫۵۵)

2 Vanfleet

در دو تحقیق با انجام مداخلات در رابطه مثبت کلی مادر- فرزند بهبودی معناداری را نیافتند (Abareshi, Tahmasian & Mazaheri 2010 & Madani, 2011). در تبیین علت چنین پیامدی مطرح می‌کند که زندگی گروهی فرزندان بی‌سرپرست و بدسرپرست مقیم خانه‌های کودک و تمرکز نداشتن مراقب با زوج کودک در نظر گرفته‌شده در طی فرایند پژوهش در مقایسه با اجرای پرسش‌نامه در بین زوج مراقب- کودک در خانواده‌ها باعث چنین نتیجه‌ای شده است. به این معنا که مراقبین گاهی به خاطر شرایط کار عوض می‌شدند و این باعث عدم تمرکز بین زوج مراقب کودک در نظر گرفته، می‌شد (Madani, 2011). اما در پژوهش حاضر به علت مطرح‌شدن تفاوت‌های فردی کودکان و کشف آن از سوی مادر و فراهم کردن تحریک بهینه متناسب با آن، همچنین تأکید بر ارتباطات هیجانی، ایجاد و تداوم بخشیدن آن در جریان بازی روزانه با کودک و مشاهده آن توسط درمانگر و دادن بازخوردهای لازم متناسب با زوج مادر- فرزند و اصلاح آن، همچنین دنبال کردن میل کودک در جریان بازی به‌جای کنترل و هدایت کودک و در کل ارتباط عاطفی مادر- فرزند موجب تعمیق احساس امنیت و تعلق در کودک گردید و صمیمیت بین مادر- کودک افزایش یافت و موجب بهبود رابطه مثبت کلی گشت.

همچنین در مورد خرده مقیاس‌ها نیز باید عنوان کرد که گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل توانست وابستگی و تعارض را به‌طور معناداری کاهش دهد که نتایج این بخش با نتایج یک پژوهش در دسترس محقق (Abareshi, Tahmasian & Mazaheri, 2010) همسو نمی‌باشد. آن‌ها در تبیین نتیجه خود تأکید بر حمایت از کودک در طول جلسات آموزش را علت احتمالی این افزایش مطرح کردند. البته باید عنوان کرد که احساس وابستگی بخش طبیعی از زندگی است مشکل زمانی بروز می‌کند که از مهارت‌های سالم وابستگی محروم باشیم. طبق تحقیقات، وابستگی سالم، مهارت‌های پدری و مادری کردن را بهتر می‌کند، از مشکلات رفتاری فرزندان می‌کاهد و عملکردهای اجتماعی را بهتر می‌کند. وابستگی سالم یعنی تعادل میان صمیمیت، استقلال، خودمختاری، اعتمادبه‌نفس همراه با کمک گرفتن از دیگران (Bornstein & Languirand, 2004). در پژوهش حاضر وابستگی ناسالم بین والد- فرزند به علت افزایش احساس ایمنی و تجربه صمیمیت بیشتر بین مادر- فرزند کاهش یافت. ازآنجایی‌که به دنبال وابستگی ناسالم والد- فرزند خشم، تعارض، مشاجره و ... بروز پیدا می‌کند (Bornstein & Languirand, 2004). به همین دلیل به دنبال کاهش وابستگی ناسالم، کاهش تعارض انتظار می‌رفت که در پژوهش حاضر این نتیجه حاصل شد. در خرده مقیاس نزدیکی، تفاوت نزدیکی بین گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار نمی‌باشد که این نتیجه با تحقیق (Abareshi, Tahmasian & Mazaheri , 2010) همسو اما با (Madani , 2011) همسو

نمی‌باشد. در تبیین این پیامد می‌توان چنین استنباط کرد که پژوهش معدنی بر روی کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست مراکز سازمان بهزیستی انجام شد که در آن مداخلات آموزشی رابطه مراقب- کودک را بهبود داد؛ اما پژوهش حاضر بر روی کودکان عادی پرخاشگر پیش‌دبستانی شهر مشهد انجام شد، به‌عبارت‌دیگر آموزش در بعد مادر- فرزند بود نه مراقب-کودک و به نظر می‌رسد که عشق و محبت مادرانه در بعد نزدیکی از همان ابتدا (پیش‌آزمون) بالا باشد و نیاز به تغیر و افزایش سطح در این بعد دیده نمی‌شد (البته ۱/۶۰ افزایش نمره دیده شد که به لحاظ آماری معنادار نبود).

قسمت دیگر پژوهش به اثربخشی مداخله بازی‌درمانی خانواده محور بر کاهش پرخاشگری کودکان می‌پردازد که بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، گروه آزمایش کاهش بیشتری در پس‌آزمون پرخاشگری نسبت به گروه کنترل داشته است ($p <$ ۰/۰۰۱). این بدین معناست که استفاده از روش بازی‌درمانی خانواده محور باعث کاهش معنادار پرخاشگری در مقایسه با گروه کنترل‌شده است. گرینسپن نظریه‌پرداز مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط مطرح می‌کند که کودکان پرخاشگر در مسائل ارتباطی مشکل دارند. این کودکان در ارتباط دوطرفه به تمرین و مهارت بیشتری نیاز دارند و به‌طور ویژه نیازمند لذت مشترک، توجه مشترک، ارتباط دوطرفه، صمیمیت و حلقه‌های ارتباطی زیادی در بازی و دیگر تعاملات لذت‌بخش هستند (Greenspan & Wieder, 2006). در این پژوهش نیز با تأکید بر مسائل ارتباطی مثل لذت مشترک، توجه مشترک، ارتباط دوطرفه، صمیمیت، ایجاد حلقه‌های ارتباطی بین والد- فرزند و گسترش آن، همچنین مشاهده آن در رابطه والد- فرزند و اصلاح آن می‌تواند باعث چنین پیامدی شده باشد. علت احتمالی دیگر در کاهش پرخاشگری کودکان می‌تواند توجه مادر به تفاوت‌های فردی کودک و فراهم کردن تحریک بهینه متناسب با نیاز کودک باشد؛ زیرا عدم توجه به تفاوت‌های فردی و سبک تعاملی نامناسب می‌تواند منجر به آسیب در کودک شود. درنهایت باید عنوان کرد که کودکان پرخاشگر فاقد ایده‌های هیجانی و فاقد مهارت‌های لازم برای ابراز کلامی این احساسات برای حل مشکلات خود هستند. درنتیجه‌ی فقدان چنین مهارت‌ها، احساسات به‌جای ارائه نمادین به عمل تبدیل می‌شوند (Greenspan, 2007 & Amin yazdi, 2012).

در این راستا، والدین باید متناسب با سیستم عصبی کودک یک جریان مداوم پیام‌دهی رفت و برگشتی را ایجاد کند و به کودک چگونگی کنترل و تنظیم را آموزش دهند (Greenspan, 2004). پس احتمالاً کودکان پرخاشگر در چنین ایده‌هایی مشکل دارند و جریان مداخله از طریق فراهم کردن محیط غنی از احساسات گرم و مثبت و همچنین جایگزین کردن ایده‌های هیجانی مثبت مثل شفقت و مهربانی

به‌جای خشم و رشد زبان و استفاده از نماد در درک و بیان خواسته‌ها به‌جای عمل مثل جیغ کشیدن، گریه کردن و غیره توانست باعث کاهش معنادار پرخاشگری کودکان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل گردد. یافته این بخش از پژوهش با (Rajab-Pour kvand-Housseini, & Rafie-nia,, Ma, 2012) همسو می‌باشد. آن‌ها با گروه‌درمانی رابطه والد-کودک توانستند باعث کاهش معنادار پرخاشگری فیزیکی- تهاجمی و کلامی- تهاجمی در کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردند.

نتیجه

یافته‌ها نشان داد به‌کارگیری اصول بازی‌درمانی خانواده محور که مبتنی بر نظریه رشد یکپارچه انسان است، باعث بهبود تعامل مادر- فرزند و کاهش پرخاشگری کودکان می‌گردد. نتایج این پژوهش در درجه اول به والدین و سپس متخصصان حیطه کودک کمک خواهد کرد تا با آموزش و آگاه کردن والدین از تفاوت‌های فردی کودک آگاه شوند و می‌توان با فراهم کردن تحریک بهینه متناسب با آن، توجه به مرحله رشد کودک و فراهم کردن شرایط متناسب با آن سن و اصلاح ارتباط خود با کودک با توجه به نکات مطرح‌شده در پیشینه پژوهش (نظریه رشد یکپارچه انسان) موجب ارتقاء رابطه والد- فرزند و کاهش مشکلات هیجانی رفتاری و سایر چالش‌های رشدی دوران کودکی شد.

پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی این رویکرد با سایر رویکردهای فرزند پروری مورد مقایسه گیرد و از این رویکرد در ارتباط با سایر اختلال‌های دوران کودکی استفاده شود تا اثربخشی و نتایج آن مورد تحلیل و بررسی بیشتر قرارگرفته و دیدگاه جامع‌تری از این رویکرد همه‌جانبه نگر حاصل گردد.

Referens

Abareshi, Z., Tahmasian, K., & Mazaheri, M.A. (2010). The impact of psychosocial Child Development training program, done through improvement of mother-child interaction, on parental self-efficacy and relationship between mother and child under three. *Journal of Research in mental health*, 3(3), 49- 57. (in Persian)

Amin yazdi, S.A. (2012). Integrated development of human: Developmental, Individual Difference, Relationship-based model. *Journal of Clinical Psychology and consulting*, 2(1), 109- 126. (in Persian)

Bornstein, R., & Languirand, M. (2004). *Healty dependency: learning on others with out losing your self*. (translated by: Mehdi Gharachedaghi). Tehran: publication peyke bahar. (in Persian)

Dionne, M.& Martini, R. (2011). Floor Time Play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78, 196- 203.

Doh, H., Shin, N., Kim, M., Hong, J., Choi, M.& Kim, S. (2012). Influence of marital conflict on young children's aggressive behavior in South Korea: The mediating role of child maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 34, 1742- 1748.

Floor Time Activities for Infants (0-17 Months). (2010). learning in a Baby’s World: Using the Mississippi Early Learning Guidelines; A Complete Curriculum for Infants and Toddlers. *Mississippi State University Early Childhood Institute.*

Greenspan, s. (2003). Child Care Research: A Clinical Perspective. *Child Development*, 74 (4), 1064–1068.

Greenspan, S.(2004).How to Help Children Control Their Moods, Aggression, and regulate their behavior The interdisciplinary council on development and learning disorder. *Web-Based Radio Show*.

Greenspan, S. (2007). Aggression.*Web-radio show.www.icdl.com*.

Greenspan, S. (2008). Regulatory Sensory Processing Disorders Part I. *Web-Based Radio Show. ICdl*.

Greenspan, S., & Wieder, S. (2006). Infant and Early Childhood Mental Health. *American Psychiatric Publishing*, Inc.

Greenspan, S.,& Wieder, S. (1997). Developmental Patterns and Outcomes in Infants and Children with Disorders in Relating and Communicating A Chart Review of 200 Cases of Children with Autistic Spectrum Diagnoses. *The Journal of Developmental and Learning Disorders*,1 (1), 87- 141.

Greenspan, S.,&Wieder,s. et all (2000). Icdl clinical practice guidelines: redefining the standards of care for infants, children and families with special needs. The interdisciplinary council on developmental and learning disorder, Bethesda, MD.

Jannesar, M. (2011). *Evaluation of relation between theory of mind and functional emotional development with aggressive behavior of preschool children*. Thesis submitted for the degree of M.A in educational psychology, Ferdowsi university of Mashhad. (in Persian)

Kim, M., Doh, H., Hong, J.,& Choi, M. (2011). Social skills training and parent education programs for aggressive preschoolers and their parents in South Korea. Children and Youth Services Review. 33, 838- 845.

Kimiae, S.A., Raftar, M.R., & Soltanifar, A. (2011). Training emotional intelligence and effectiveness it on reducing aggression in aggressor teenagers. *Journal of Clinical Psychology and consulting*, 1(1), 153- 166. *(in Persian)*

Klein, P., Laish-Mishali, R.,& Jaegermann, N. (2007). Differential Treatment of Toddlers with Sensory Processing Disorders in Relation to Their Temperament and Sensory Profile. *Toddlers Temperament and Sensory Profile*. 52- 59.

Laing, S, McMahon, C., Ungerer, J., Taylor, A., Badawi, N & Spence, K. (2010). Mother–child interaction and child developmental capacities in toddlers with major birth defects requiring newborn surgery. *Early Human Development*, 86, 793–800

Madani, S. (2011). The Study of effectiveness of the training play-centric relation to caregivers to method CPRT on quality of care-child interaction and insecure attachment in children's homes resident. Thesis submitted for the degree of M.A in educational psychology, Ferdowsi university of Mashhad. (in Persian)

Mantyamaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R.,&Tamminen, T. (2004). Early mother–infant interaction, parental mental health and symptoms of behavioral and emotional problems in toddlers. *Infant Behavior & Development*, 27, 134- 149.

Mofrad, F. (2011). *The Study of relationship between mother-child relationship with functional emotional development and language applied development in preschool children of area 7 in Mashhad*. Thesis submitted for the degree of M.A in educational psychology, Ferdowsi university of Mashhad. (in Persian)

Nangle, D., Erdley, C., Carpenter, E., Newman, J. (2002). Social skills training as a treatment for aggressive children and adolescents: a developmental–clinical integration. *Aggression and Violent Behavior*.7, 169- 199.

Nezadi Kashani, GH., Mirzamani, S.M., Davarmanesh, A., Salehi, M. (2010). The Effect of Painting in Reduction of Aggression in Educable Mentally Retarded Female Students in Primary School. *Quarterly Journal of Rehabilitation*. 45, 78- 84. (in Persian)

Ostrov, J., Bishop, C. (2008). Preschooler's aggression and parent- child conflict. Journal of experimental child psychology.99, 309- 322.

Rajab-Pour, M., Makvand- Housseini, SH., & Rafie- Nia, P. (2012). The Effectiveness of Child-Parent Relationship Therapy on Aggression in Preschoolers. *Journal of Clinical Psychology*, 4(1), 65- 74. (in Persian)

Risser,S. (2013). Relational aggression and academic performance in elementary school. Psychology in the Schools, 50(1), 13-26.

Salahshor, M. (1999). *Aggression in children and methods of dealing with it*. Tehran: publication vazeara. (in Persian)

Solomon, R., Necheles, J.,& Bruckman, D. (2007). Pilot study of a parent training program for young children with autism. *SAGE Publications and The National Autistic Society*, 11, 205- 224.

Statewide, T. (2009). Floor time. *Target: Texas guide for effective teaching*. 1- 9.

Topham, G., Wampler, K., Titus, G & Rolling, E. (2011). Predicting parent and child outcomes of a filial therapy program. *International journal of play therapy,* 20 (2), 79- 93.

Vahedi, Sh., Fathiazar, S., Hosseini-Nasab, S.D., & Moghaddam, M. (2008). Validity and reliability of the aggression scale for preschoolers and assessment of aggression in preschool children in Uromia. The *Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*, 10(37), 15- 24. (in Persian)

Vanfleet,R. (2012). Filial therapy: what every play therapist should know. *Play therapy press. Reprinted here with permission*, 57 (7), 52-63**.**